

## FOBIA SZKOLNA W ROZUMIENIU PSYCHODYNAMICZNYM — OPIS PRZYPADKU

### SCHOOL PHOBIA IN PSYCHODYNAMIC THEORY — A CASE STUDY

Katedra Psychologii Klinicznej, Instytut Psychologii, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy  
Kierownik: prof. dr hab. Małgorzata Kościelska

#### **school phobia psychodynamic theory case study**

*W artykule przedstawiony jest opis przypadku 18-letniego pacjenta z diagnozą fobii szkolnej. Rozumienie objawów ujęte jest w paradygmacie psychodynamicznym. Autorka szczegółowo opisuje przebieg trwającej 13 miesięcy psychoterapii indywidualnej, zwracając szczególną uwagę na nieświadomy, wewnętrzny konflikt rozwijający się wokół agresywnej i seksualnej popędowości, problemy przeniesienia i przeciwprzeniesienia.*

**Summary.** The aim of this article is the presentation of the case study of the adolescent patient with a school phobia diagnosis. For understanding this patient, the psychodynamic theory was used. In this theory phobia is interpreted as a neurotic disorder associated with unconscious inner conflict concerning aggressive and sexual drives.

#### **Wstęp**

Celem niniejszego artykułu jest omówienie przypadku adolescenta z diagnozą fobii szkolnej. Jako płaszczyznę rozumienia fobii przyjęto paradygmat psychodynamiczny. Koncepcja fobii wywodząca się z tego paradygmatu podkreśla neurotyczny mechanizm tworzenia się objawów, polegający na aktywacji lęku sygnałowego w momencie pojawienia się w obszarze świadomości groźby ujawnienia zakazanych myśli agresywnych lub seksualnych, które mogą doprowadzić do odwetu i kary [1, 2]. Lęk sygnałowy pełni zatem funkcję pewnego rodzaju alarmu, ostrzegającego o zagrożeniu w obszarze nieświadomości — pełni funkcję bodźca uruchamiającego obronę ego [2, 3]. Celem wyparcia zakazanych treści uruchomione zostają takie mechanizmy, jak: przemieszczenie, projekcja, symbolizacja oraz unikanie. Eliminują one lęk, jednak zostaje on opanowany kosztem powstania nerwicy fobicznej [2]. Warto zaznaczyć, iż mechanizmy te sprawiają, że dana osoba nie zaprzecza faktowi istnienia i odczuwania lęku, lecz lęk ten zostaje przez nią przemieszczony, związany z innym obiektem, który niewiele ma wspólnego z agresywnością czy seksualnością [4]. Za pomocą mechanizmu symbolizacji „nowy” obiekt zawiera w sobie nieświadome pragnienia i lęki, natomiast mechanizm projekcji pozwala na ulokowanie zagrożenia w zewnętrznym świecie i zanegowanie jego związku z treściami intrapsychicznymi. W konsekwencji następuje unikanie zewnętrznego, wywołującego lęk obiektu [4].

### Opis przypadku

18-letni K.<sup>1</sup> został zgłoszony do psychologa przez matkę na początku lutego 2011 roku z powodu postawionej mu przez lekarza psychiatrę diagnozy fobii szkolnej. Problem fobii szkolnej pojawił się w grudniu 2010 roku. W tym czasie u K., przed wyjściem do szkoły (uczęszczał do drugiej klasy dobrego liceum ogólnokształcącego), zaczęły pojawiać się objawy somatyczne: drżenia całego ciała, nudności, bladość twarzy, stany bezruchu, odczuwanie silnego lęku. Przez grudzień, z powodu tych objawów, nie uczęszczał do szkoły. Ze szczegółowego wywiadu z matką oraz z informacji przekazywanych przez niego samego nie wynikało, aby w szkole (w relacji z nauczycielami, z rówieśnikami, w nauce itp.) wydarzyło się coś stresującego, lękotwórczego czy urazowego. Wykluczono również w procesie diagnostycznym, aby obiektem fobijnego stresu była otwarta przestrzeń i środki komunikacji [por. 4]. K. nie miał także żadnych realnych problemów z nauką i zaprzeczał, ażeby stresował go egzamin maturalny czy wybór kierunku studiów. Przed podjęciem opisywanego kontaktu terapeutycznego, był u dwóch psychologów pracujących w paradymacie poznawczo-behawioralnym. Proponowane przez nich techniki behawioralne uznał za nieskuteczne. Deklarowaną przez niego motywacją do poszukiwania pomocy psychologicznej była chęć powrotu do szkoły. Efektem postępowania diagnostycznego było wykluczenie hipotezy zakładającej możliwość pojawienia się fobii w wyniku warunkowania klasycznego. Uznano również, że odmowa chodzenia do szkoły nie ma charakteru pourazowego.

Pacjent został zakwalifikowany do terapii długoterminowej w nurcie psychodynamicznym, o nieokreślonym w czasie zakończeniu, ekspresywno-wspierającej z elementami wglądowymi. Uzasadnieniem dla podjęcia terapii ekspresywno-wspierającej był jego wiek, proces rozwojowy adolescencji i rola dojrzewania jako okresu służącego syntezie osobowości. Ponadto, terapia wspierająca miała na celu towarzyszenie pacjentowi w deklarowanej przez niego chęci powrotu do szkoły. Wprowadzenie elementów wglądowych miało służyć analizie przeżywanego przez niego lęku, a zatem analizie m.in. mechanizmu przemieszczenia.

Problem napadów lęku z objawami somatycznymi pojawił się u K. nagle w grudniu 2010 roku przed wyjściem do szkoły. Powtarzające się w tym czasie ataki sprawiały, że albo rezygnował z pójścia do szkoły, albo próbując przełamać lęk szedł do niej, lecz objawy nie mijały i po jednej lekcji zwykle wracał do domu, gdzie — jak podaje — do końca dnia czuł się źle. „Mówiono do mnie, a ja w ogóle nie odpowiadałem, byłem zupełnie nieobecny”. Po otrzymaniu zaświadczenia o konieczności nauczania indywidualnego, chodził do szkoły na osobne lekcje z nauczycielami. Na przerwach spotykał się ze znajomymi.

W przeszłości pacjent rozpoznał jedną sytuację, którą skojarzył z aktualnymi trudnościami. Gdy był w trzeciej klasie gimnazjum, w trakcie lekcji, przeżył sytuację, którą nazwał „zaniemówieniem” — niemożnością złożenia słów: „Wypowiadałem jakieś sylaby, zdając sobie jednocześnie sprawę, że nie wypowiadam słów. Język mi wiotczał, nie mogłem złożyć zdania”. Stan niemożności złożenia sylab w słowa utrzymywał się; K. skierowano na oddział neurologiczny, na którym zdiagnozowano atak migrenowy z aurą. On sam opowiadał o tej sytuacji z uśmiechem, przyznał, iż „była ona bardzo ciekawa”.

<sup>1</sup> Dane identyfikacyjne pacjenta zostały zmienione.

Sprawił wrażenie, że traktując to doświadczenie jako zabawne ukrywa, iż mogło być ono dla niego przerażające, niezrozumiałe, lękotwórcze. W podobny zresztą sposób wypowiadał się o doświadczanym lęku przed szkołą. Z jednej strony sprawiał wrażenie osoby z dobrze rozwiniętym ego-obsługującym: idąc do szkoły dokonywał analizy, w którym dokładnie momencie pojawia się lęk i objawy somatyczne, próbował odpowiedzieć sobie na pytanie, czego dokładnie się boi — budynku, klasy czy ludzi. Na pierwszych sesjach osoba prowadząca psychoterapię była przekonana o egodystoniczności jego objawów. Z drugiej jednak strony, dosyć szybko w odczuciach przeciwprzeniesieniowych pojawiło się wrażenie nieszczerości pacjenta, poczucie, że parodiuje, odgrywa rolę pacjenta; w przeciwprzeniesieniu pojawiło się wrażenie bycia osobą wyśmiewaną, dewaluowaną. Cierpienie K. było bardzo słabo zarysowane, wydawało się, że stosuje mechanizm wyparcia, ponadto — że mimo deklarowanej chęci powrotu do szkoły, sytuacja indywidualnego nauczania jest dla niego komfortowa, czerpie z niej wiele wtórnych korzyści, uważa się za wyjątkowego.

Obraz siebie pacjenta wydawał się narcystyczny. Prezentował siebie jako wyjątkowego, różniącego się od innych, lepszego. Wyrażało się to także w tendencji zamieniania słabości w siłę. W trakcie trwania terapii zrobił sobie na ramieniu tatuaż, który przedstawiał czarny miecz. Wcześniej, przez kilka tygodni, to samo ramię miał zabandażowane z powodu poparzenia — na strychu domu urządził „laboratorium”, w którym „majsterkował” (określenie pacjenta), eksperymentował z różnymi chemikaliami, np. tworząc rdzę, bądź zamieniając wodę w lód. K. podniósł tatuaż do rangi symboliki: „przypomina mi, co przeżyłem, doświadczenia z ojcem i doświadczenia z lękiem. Żebym zawsze o tym pamiętał”. Wydawało się, że symbolizuje on również wypieraną przez niego wrogość i agresywność wobec ojca czy rówieśników.

Pacjent pochodził z pełnej rodziny, miał starszą siostrę. Małżeństwo swoich rodziców spostrzegał jako wyjątkowo nieudane. W opinii pacjenta matka bardzo cierpiała w relacji z jego ojcem z powodu konfliktów i kłótni, których w ciągu tygodnia było kilka i które prowokował zawsze ojciec. Sytuacje konfliktowe rodziców oceniał jako irracjonalne i bezsensowne: „Kiedyś próbowałem interweniować, ale od wielu lat tego nie robię, choć jak słyszę ich kłótnie, to wzbiera we mnie wściekłość na ojca i współczucie dla mamy”. Uważał, że matka nie rozwiodła się z ojcem tylko ze względu na dzieci. Spostrzegał ją jako wspierającą go, troszczącą się o niego, zaznaczał, iż bardzo mu pomaga, zwłaszcza przez ostatnie miesiące, w zmaganiu się z trudnościami. Zaznaczał także, że podczas kłótni matki z ojcem stara się jej pokazać, że jest po jej stronie i ją wesprzeć. Patrząc na relację z matką z perspektywy edypalnej prawdopodobnie wydało się, że nieświadomie rywalizował z ojcem.

O ojcu pacjent wypowiadał się nieprzychylnie. Zarówno przeszłe, jak i obecne wyobrażenia o nim były złe: „Zazdrościłem moim kolegom ich ojców; jak byłem mały, często kłamałem i koloryzowałem jego obraz, opowiadając kolegom o moim tacie rzeczy dobre, które nigdy się nie działy. Wstydzilem się, że mam takiego ojca”. Spostrzegał go jako osobę prymitywną, „która nawet prymitywnie się ubiera”. Ojciec K. miał znaczącą wadę słuchu. Komunikowanie się z nim było utrudnione. Z tego powodu K. odczuwał do niego silną złość. Przez większość czasu trwania terapii, zwłaszcza przez pierwsze miesiące, K. często mówił o ojcu. Na jednej z sesji opisał jego zasłabnięcie w kościele. Odnosząc się do tej sytuacji emocjonalnie powiedział, że myślał, co by się stało, gdyby ojciec umarł:

„Może czulbym trochę smutku, ale przede wszystkim żal, może nawet jakąś ulgę. Żal, że w taki sposób wyglądała nasza relacja, że nic mi nie dał, nie był w stanie dać”. Stosunek pacjenta do ojca zdawał się być agresywny, wrogi. Postać ojca wydawała się przez niego zdewaluowana, a tym samym lęk przed autorytetem i lęki kastracyjne wyparte i przemieszczone, w rozumieniu autorki artykułu, na obszar szkolny. Wydaje się również, iż pacjent zaprzeczał lękom przed utratą obiektu.

Podobnie można było rozumieć stosunek pacjenta do męża jego siostry; wypowiadał się o nim jako o „głupku i kretynie”. W jego odczuciu siostra była również nieszczęśliwa w swoim małżeństwie; podkreślał, iż popełniła błąd, wychodząc za mąż za tego mężczyznę. Pacjent stosunkowo często spędzał czas ze swoim 14-letnim siostrzeńcem: „Pokazuję mu, co jest dobre, a co złe. Czuję radość i dumę, że pokazuję mu świat. Mówię mu, jak się powinien zachowywać, jakich słów używać”.

Koledzy i koleżanki z klasy K. nie znali prawdziwego powodu jego nieuczestniczenia na lekcje. On sam twierdził, że ma wielu znajomych, jest „duszą towarzystwa”, a inni cenią jego poczucie humoru, jednak, jeśli chodzi o bliższe relacje z rówieśnikami, nie miał przyjaciół, z powodu czego, choć rzadko o tym mówił i unikał tego tematu, czuł się bardzo samotny. Był przekonany, że inni składają obietnice, których nigdy nie spełniają. Do znajomych miał pretensję, że nie proponują mu podejmowania wspólnych działań. Uczucie to zmieniło się nieco w trakcie trwania terapii. W okresie przed- i powakacyjnym, będąc w trzeciej klasie liceum, K. co weekend uczestniczył w odbywających się imprezach, przyjmował jednak w ich trakcie rolę obserwatora, krytyka, pozostając tym samym słabo pozytywnie związany z rówieśnikami. Zdarzało się, iż mówił o znajomych jako o „bezsensownych, kierujących się w życiu obłędnymi zasadami”.

Pacjent nigdy dotychczas nie był w związku z dziewczyną, nie przeżył też inicjacji seksualnej. Brak dziewczyny intelektualizował, podkreślając, że czeka na „tą jedną jedyną, o której od pierwszego wejrzenia będzie wiedział, że chce z nią być do końca życia”. Stanowczo zaprzeczał terażniejszej potrzebie miłości i relacji seksualnej, używając również obron narcystycznych, życzeniowych: „Mogę mieć kobiety na pstryknięcie, na zawołanie”.

U K. widoczna była dość dobrze rozwinięta zdolność do psychologizowania oraz obecność ego-obszernego. Stosunkowo często używał metaforycznego języka do określenia swoich relacji, emocji czy zjawisk psychicznych; był również wysoce inteligentny. Okresowo, ale stosunkowo rzadko, rozładowywał swoją popędowość używając mechanizmu acting-out (picie alkoholu, opisane wyżej ryzykowne „majsterkowanie”). Może to wynikać raczej ze specyfiki okresu rozwojowego adolescencji niż z utrwalonego systemu obronnego [5]. U pacjenta obecne były próby sublimowania impulsów poprzez zainteresowanie teatrem i grą aktorską, czytanie książek „w chwilach stresu, dla uspokojenia”.

Historię terapii z K. można podzielić na dwa okresy. W pierwszym, przedwakacyjnym, pacjent bardzo często poruszał dwie kwestie. Z jednej strony było to analizowanie powodu niechodzenia do szkoły i prób pokonania trudności poprzez uczestniczenie w lekcjach wychowawczych z klasą; z drugiej strony — opowiadanie o niesatysfakcjonującej dla niego relacji z ojcem. Wydawało się, że obie są symbolicznie ze sobą powiązane.

Ojciec w opowieściach pacjenta ukazywał się jednowymiarowo — jako zły i słaby; bardzo rzadko ujawniały się w nich uczucia ambiwalentne do ojca. Początkowo, przyjmo-

wanie przez pacjenta większości komentarzy terapeutki wzbudzało w przeciwprzeniesieniu uczucia zadowolenia i satysfakcji, jednakże coraz częściej pojawiało się wrażenie, iż pacjent zbyt „gładko” je akceptuje, bez sprzeciwu „wchodzi” w związek terapeutyczny i że pod fasadą tej „gładkości” kryje się agresywność i wrogość, a terapeutka jako autorytet — podobnie jak ojciec — jest dewaluowana. Wyrażało się to również w często wygłaszanych przez niego komentarzach: „Czekałem, aż Pani to powie”, „Wiedziałem, że Pani tak powie”. W przeciwprzeniesieniu pojawiało się wówczas poczucie bycia jak poprzedni, porzuceni przez K., psychologowie, których interwencje podsumowane zostały przez niego, z nieukrywaną ironią, następująco: „Dzięki nim nauczyłem się obserwować moje objawy jako coś ciekawego”. W okresie tym skupiono się także na analizie wypieranego przez niego lęku oraz na komentowaniu jego oporu. Wraz z komentarzami dotyczącymi lęku przed autorytetem, który prawdopodobnie krył się pod wrogością do ojca i był symbolicznie umieszczany w fobii szkolnej, wypowiedzi pacjenta stawały się bardziej zdawkowe, mniej intelektualne, a emocjonalny kontakt z nim głębszy. Jego lęk można było wziąć wówczas za edypalny. Wydawało się, że na nauczycieli przemieszcza on lęk, który w relacji z ojcem był wypierany. Można było rozumieć, iż pozostawanie w roli ucznia aktywizowało w nim relację z autorytetem, który w jego przeżyciu był słaby (w przeciwprzeniesieniu tak czuła się terapeutka, a także w taki sposób pacjent określił poprzednich psychologów), natomiast rywalizacja z nim wygrana. Na lekcjach indywidualnych z nauczycielami K. przedstawiał siebie nie jak ucznia, lecz jako równorzędnego partnera w „dyskusji o życiu”. Lekcje te traktował jako „dzielenie się nawzajem życiowymi mądrościami”. Wydawało się, że nie chce rezygnować z nauczania indywidualnego.

W okresie bezpośrednio przed wakacjami szkolnymi K. bardzo intensywnie zaczął, z jednej strony, symbolizować swój lęk, z drugiej — rozładowywać go. Był to okres, gdy zaczął „majsterkować”. Był to również dla terapeutki okres wzmożonego odczuwania lęku w przeciwprzeniesieniu. W terapeutce pojawiły się wówczas wątpliwości, czy niepokój, który czuje przed sesjami i w trakcie sesji, jest lękiem pacjenta czy efektem identyfikacji z jego matką, która wydawała się przepełniona troską i zaniepokojona stanami syna. Prawdopodobne było, że może on pochodzić z obu źródeł. Biorąc pod uwagę identyfikację z matką pacjenta, odczuwany niepokój rozumiano jako pochodny separowania się K. „Laboratorium” było jednym z jego pierwszych regularnych zainteresowań i przedmiotem aktywności przekierowanej z obszaru rodzinnego na inne obszary. K. zajmował się chemikaliami wbrew woli i wyraźnym sprzeciwom matki i siostry. Niemniej jednak, wydawało się także, że zamiana wody w lód, tworzenie rdzy itp. jest symboliczną formą kontrolowania emocji, dlatego rozumiano, że źródłem przeciwprzeniesieniowego niepokoju może być również pacjent.

W ostatnim tygodniu przed wakacjami szkolnymi K. przyszedł na sesję z wytatuowanym ramieniem. Z jednej strony wzbudziło to w terapeutce przerażenie: tatuaż wydawał się brzydki i groźny; z drugiej strony miała wrażenie, że pacjent zaprezentował się na tej sesji nieco inaczej. Po raz pierwszy od dłuższego czasu nie był zdawkowy w wypowiedziach, a znacznie pewniejszy siebie, momentami dumny. Podkreślił — ze smutkiem i z żalem — iż jego ojciec zareagował na tatuaż milczeniem, zapewniając, że ta reakcja ojca jest mu obojętna. Jednocześnie terapeutce nasunęło się skojarzenie z anglojęzyczną pisownią słowa tatuaż: tattoo jako wołanie o uwagę ojca. Można było rozumieć, iż jest on pewną

próbą pacjenta przyciągnięcia uwagi „zewnątrnością” i zamaskowania wewnętrznej pustki, słabo określonej tożsamości, niskiego poczucia własnej wartości, powstałych w wyniku niepełnej identyfikacji z ojcem.

W drugim, powakacyjnym, okresie terapii u pacjenta zaczęło się pojawiać coraz więcej agresji i pogardy w stosunku do ojca, rówieśników i terapeutki: „Ja więcej wiem o złu niż ci [koleczy z klasy i szkoły — przyp. aut.], którzy noszą koszulki z pentagramem. Bo to ja przeżywam to zło w relacji z ojcem czy jak siostra opowiada o swoim mężu. Ci na czarno to nic nie wiedzą o świecie”. O powrocie do szkoły mówił: „Nie chcę przebywać wśród tych ludzi, którzy kierują się w życiu takimi obłęsnymi zasadami, którzy nie są bezinteresowni. Większość taka jest bezsensowna. I to nie jest moje wyobrazenie, tylko wiem to z obserwacji”. Wydawało się, że wytatuowany miecz symbolizuje obecną w pacjencie agresywność. Równocześnie dla terapeutki był on podobny do krzyża rozumianego jako moralny zakaz okazywania agresywności, uzasadniający konieczność wypierania lęku i możliwość symbolicznego ujawnienia go w objawach szkolnej. Na przełomie października i listopada pacjent wrócił do szkoły; jeśli pojawiały się objawy lęku, umiał je opanowywać. Niemniej jednak, w terapeutce pojawiło się wrażenie „tracenia” pacjenta oraz zwiększania się jego oporu. Zdarzało się, że K. odwoływał sesje, nie odnosił się do poprzednich, zapominał. Wydawało się, że ponownie, tak jak na początku terapii, rozwija silne przeniesienie na terapeutkę jako na swego ojca.

Po powrocie do szkoły u K. nastąpiło obniżenie nastroju. Pacjent zdawał się smutniejszy, bardziej zamknięty. Wydawało się, że powrót do szkoły oznaczał utratę jego dotychczasowej wyjątkowości. W poczuciu terapeutki unikał on konfrontacji z rówieśnikami, którzy realizowali „obłeśne” zasady, czyli seksualność. Tak jakby szkoła utożsamiana była z ojcem — działała na irracjonalnych, bezsensownych zasadach. Wraz z tym wzrastały jego narcystyczne obrony: „W szkole jest teraz bez sensu. Wszyscy są skoncentrowani wokół matury, to takie przyziemne. Ja się nie martwię — jak zdam to OK, jak nie — to przecież nic się nie stanie. Zresztą, oni wszyscy mają tylko tyle do powiedzenia, że »skończyłem szkołę podstawową, poszedłem do gimnazjum, skończyłem gimnazjum, poszedłem do liceum, skończyłem liceum«. Nic więcej”.

Przyglądanie się relacjom pacjenta z rówieśnikami prawdopodobnie wywoływało u niego wewnętrzny konflikt. Można było rozumieć, że demaskowanie obron narcystycznych konfrontowało go na poziomie nieświadomym z silnymi popędowymi impulsami, pragnieniem bycia z kobietą i jednocześnie niemożnością bycia z nią. Wraz z tym jego opór się zwiększał. Coraz częściej odwoływał sesje lub się na nie spóźniał. Przeciwprzeniesieniowo wywoływało to w terapeutce uczucia smutku i poczucie, że jest porzucana. Wydawało się, że relacja terapeutyczna jest niszczone przez pacjenta. Rozumiano, że relacja z terapeutką jest odtworzeniem jego relacji z ojcem, szwagrem oraz kolegami. Podejmowano liczne próby komentowania oporu, obron narcystycznych i relacji przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowej, na co pacjent reagował głównie intelektualizacją lub milczeniem. Odnoszono wrażenie, że komentarze nie docierają do pacjenta; na uwagi dotyczące jego trudności w braniu czegokolwiek z relacji terapeutycznej i porównania tej sytuacji do relacji z ojcem odpowiadał: „Trudno jest mi być w relacji, w której od drugiej strony nie dostaję niczego dla mnie ważnego. To tak jak dostać tort, ale bez świeczek”.

Po 13 miesiącach psychoterapii pacjent zerwał relację terapeutyczną, motywując to chęcią samodzielnego poradzenia sobie z trudnościami. Z jednej strony, zerwanie relacji terapeutycznej można było rozumieć jako wyraz oporu i wzmocnienia mechanizmów obronnych, chroniących przed odczuwaniem lęku. Z drugiej strony, wydawało się, iż może być to efektem silnego przeniesienia na terapeutkę jako ojca, przeniesienia zawierającego w sobie dewaluację i edypalny triumf.

### Omówienie

Początkowo uważano, że problemy pacjenta, również ze względu na jego wiek, mają podłoże separacyjne czy też wynikają z trudności w procesie powtórnej indywidualizacji [5]. Wydawało się, że objawy lękowe, pociągające za sobą brak możliwości odłączenia się od rodziców jako pierwotnych obiektów miłości, przynoszą pacjentowi wiele zysków wtórnych: możliwość pozostawania w roli dziecka, troskę i opiekę ze strony matki, znajdowanie się w centrum uwagi. Pacjent nie ukierunkowywał swojej aktywności na zainteresowania i osoby poza domem, jego tożsamość młodego dorosłego, w tym tożsamość psychoseksualna, wydawała się słabo zarysowana [5, 6].

Równoległe zaczął pojawiać się obraz pokonanego, „uśmierconego” ojca i wygranej z nim rywalizacji. To wrażenie oraz teoretyczne rozumienie problemu fobijnego ukierunkowały myślenie na problematykę edypalną [1, 7]. Rozumiano, że — za cenę wyobrazonego, edypalnego triumfu i negowania lęku przed autorytetem — u pacjenta pojawiły się lęki kastracyjne przed mściwym ojcem, które zostały „opanowane” za pomocą fobii szkolnej. Wydawało się, że pacjent nie zidentyfikował się z ojcem symbolizującym seksualność i agresywność [8]. Bez tych identyfikacji był „lepszy” i „został” przy matce. Jednocześnie jednak brak tych identyfikacji, a tym samym niewypełnianie jednego z zadań rozwojowych adolescencji [5, 6, 8], wzbudził lęki ukryte w fobii. Dlatego również szkoła („obleśni, bezsensowni rówieśnicy”) mogła symbolizować seksualność, stając się „nowym” obiektem fobii.

Wydawało się także, że moment pojawienia się fobii można łączyć z brakiem możliwości wypełnienia jednego z zadań/jednej z potrzeb okresu adolescencji — libidinalnego związania się z inną niż matka kobietą [5, 7]. Prawdopodobnie pacjent nieświadomie nie zmienił swego pierwszego obiektu zainteresowań seksualnych. Można więc rozumieć, że fobia była reakcją kryzysową na impulsy popędowe [4].

Ponadto — wydaje się, że w obronie przed konfrontacją z rzeczywistością — pacjent zaczął wykazywać reakcje narcystyczne. Przed zranieniem poczucia własnej wartości i dla ochrony chwiejnej samooceny bronił się narcystyczną kompensacją (tatuaż, majsterkowanie), iluzją omnipotencji i wyjątkowości (porównania z innymi mężczyznami), iluzorycznym poczuciem kontroli („laboratorium”, traktowanie objawu jako ciekawego zjawiska). Ze względu na jego okres rozwojowy trudno stwierdzić, jak trwałe były te obrony narcystyczne — w jakim stopniu wynikały z rozwojowego narcyzmu adolescentów lub/i były sytuacyjne/reaktywne, a w jakim z konsolidującej się już struktury osobowości [9].

### Podsumowanie

Powyższy opis przypadku prezentuje psychodynamiczne rozumienie pacjenta z fobią szkolną, postrzeganą jako zaburzenie nerwicowe związane z narastającym, nieświadomym,

wewnętrznym konfliktem wynikającym z agresywnej i seksualnej popędowości [4]. Wydaje się, iż opis ten uzasadnia również podejmowaną w literaturze dyskusję na temat wielości możliwych uwarunkowań odmowy chodzenia do szkoły [por. 4, 10].

### **Piśmiennictwo**

1. Freud S. Zahamowanie, symptom i lęk. W: Freud S. Histeria i lęk (tłum. R. Reszke). Warszawa: Wydawnictwo KR; 2001, s. 197–270.
2. Gabbard GO. Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej. Kraków: Wydawnictwo UJ; 2009.
3. Laplanche J, Pontalis J-B. Słownik psychoanalizy. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne; 1996.
4. Glita P. Nie tylko fobia. Diagnoza psychodynamiczna pacjentów młodzieżowych unikających szkoły. *Psychoter.* 2010; 1(152): 15–23.
5. Ruskowska E. Okres adolescencji w ujęciu psychoanalitycznym. *Dialogi. Zesz. Inst. Psychoanal. Psychoter.* 1997; 1/2: 31–36.
6. Erikson EH. Dzieciństwo i społeczeństwo. Poznań: Rebis; 2000.
7. Laufer M, Laufer ME. Okres dojrzewania i załamanie rozwoju. Perspektywa psychoanalityczna. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2013.
8. Dubinsky H. Lęk przed staniem się mężczyzną. Przypadki dwóch nastolatków. W: Anderson R, Dartington A, red. *Przetrwac dojrzewanie. Zaburzenia okresu dojrzewania z perspektywy klinicznej.* Warszawa: Oficyna Ingenium; 2012.
9. Bleiberg E. Normal and pathological narcissism in adolescence. *Am. J. Psychother.* 1994; 48(1): 30–51.
10. Lessing-Pernak J. Dziecko zbuntowane: między miłością a wolnością. Bydgoszcz: Wydawnictwo UKW; 2012.

e-mail: wyrzykowska.ewa@gmail.com